



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA**

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.  
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70

**NOTA DE EMPENHO**  
**1ª VIA**

Número do Empenho 000355.2020	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00350  
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 00844  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00168 UMUARAMA DIESEL LTDA.  
 Endereço ROD. PR 323 - CX P. 501  
 CNPJ/CPF 81.833.527/0001-07 Fone (044) 3622-474 Cidade UMUARAMA

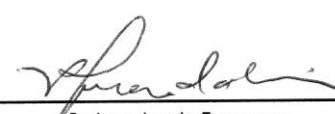
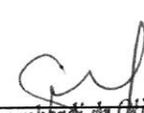
Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 29.01.20	Vencimento 28.02.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 404.150,00	Saldo Anterior 324.227,00	Valor do Empenho 940,01	Saldo Atual 323.286,99
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA CONserto DA AMBULÂNCIA DE PLACA BCP-0961, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	940,01	940,01

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	645-9	00002025-7	VALOR LIQUIDO	940,01
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos  assinatura:  nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____  Juliana Lorenzini de Oliveira Contadora CRC PR - 06490770-6
--	---	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( novecentos e quarenta reais e um \*\*\*\*\* centavo \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor _____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ Data ____/____/____.
----------------------------------	--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA**

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



**SECRETARIA: SAÚDE**

**DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SRGIO BITTENCOURT**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO MÃO DE OBRADE CONserto DA AMBULÂNCIA DE PLACA  
BCP 0961 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

  
**Claudete B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt  
Requerente (CARIMBO)